



## Biểu mẫu xác minh đăng ký theo dõi

Chúng tôi đề nghị quý vị điền vào biểu mẫu này vì chúng tôi cần thêm thông tin để hoàn tất yêu cầu của quý vị.

### Các yêu cầu:

- ▶ Hãy cố gắng gọi điện đặt chuyển đi ít nhất **hai ngày làm việc** trước khi đến ngày hẹn thăm khám.
- ▶ Chúng tôi phải nhận được biểu mẫu này trong vòng 45 ngày kể từ cuộc hẹn thăm khám.
- ▶ Quý vị phải đính kèm tất cả các hóa đơn được yêu cầu.
- ▶ Chúng tôi sẽ thanh toán cho quý vị trong vòng 14 ngày kể từ ngày diễn ra cuộc hẹn, sau khi chúng tôi nhận được biểu mẫu đã điền đầy đủ và mọi hóa đơn nào được yêu cầu.
- ▶ Chúng tôi có thể sẽ cần thêm 14 ngày nữa nếu yêu cầu của quý vị chưa đầy đủ thông tin.

### Vui lòng điền thông tin về hội viên vào phần bên dưới:

Tên hội viên: \_\_\_\_\_

Mã hội viên Health Share: \_\_\_\_\_

**Hội viên:** Gửi biểu mẫu đã hoàn thành và hóa đơn được yêu cầu qua thư đến:  
P.O. Box 301339, Portland, OR 97294

**Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe:** Gửi kèm một tờ bì có ghi thông tin liên lạc của phòng khám và gửi các biểu mẫu qua fax đến số: 503-296-2681

Quý vị có thể nhận tài liệu này bằng các ngôn ngữ khác, bản in chữ lớn, chữ nổi braille hoặc định dạng mà quý vị mong muốn. Quý vị cũng có quyền yêu cầu một thông dịch viên. Quý vị có thể nhận được sự trợ giúp từ một thông dịch viên chăm sóc sức khỏe có trình độ hoặc có chứng nhận. Sự trợ giúp này được cung cấp miễn phí. Gọi tới số 800-224-4840, TTY 711 hoặc thông báo với nhà cung cấp của quý vị. Chúng tôi chấp nhận các cuộc gọi chuyển tiếp.

## Vui lòng điền thứ ngày tháng cho từng cuộc hẹn của hội viên.

Nhân viên phòng khám: Vui lòng ký tên viết tắt vào từng ngày mà thành viên đã tham dự cuộc hẹn hoặc nhận điều trị. Các cuộc hẹn y tế từ xa không đủ điều kiện để được bồi hoàn.

Tháng: \_\_\_\_\_ Năm: \_\_\_\_\_

| Chủ nhật | Thứ Hai | Thứ Ba | Thứ Tư | Thứ Năm | Thứ Sáu | Thứ Bảy |
|----------|---------|--------|--------|---------|---------|---------|
|          |         |        |        |         |         |         |
|          |         |        |        |         |         |         |
|          |         |        |        |         |         |         |
|          |         |        |        |         |         |         |
|          |         |        |        |         |         |         |
|          |         |        |        |         |         |         |

Bằng việc ký tên vào biểu mẫu này, tôi cam đoan rằng thông tin đã cung cấp là chính xác.

Chữ ký của Bác sỹ/người đại diện văn phòng: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_